

تاثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن

در مردان با مشکل اضافه وزن و چاقی

Effect of motivational interviewing on the weight self-efficacy lifestyle in men suffering from overweight and obesity

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۸۸/۸/۲۷

Navidian A. PhD[✉], Abedi M. R. PhD,
Baghban I. PhD, Fatehizade M. S. PhD,
Poursharifi H. PhD,

علی نویدیان[✉]، محمدرضا عابدی^۱،
ایران باغبان^۱، مریم السادات فاتحی زاده^۱، حمید پورشریفی^۲

Abstract

Introduction: The purpose of the study was to determine the efficacy of motivational interviewing on lifestyle self-efficacy in terms of weight in men.

Method: The present research is an experimental study with Pre-test, post-test and a control group that was conducted at different time on 40 subjects suffering from overweight and obesity (Body Mass Index more than 25) working in Isfahan Poly Akiril Company in 2009. The subjects were selected by random sampling and were randomly classified into the experimental group (n=20) and the control group (n=20). The intervention consisting of five sessions of group motivational interviewing and weight controlling program was given to the experimental group. The obtained data were analyzed using statistical tests of covariance analysis and dependent t-test, via weight efficacy lifestyle questionnaire.

Results: The score of the group receiving motivational interview was significantly higher than the control group in general weight self-efficacy lifestyle scale ($p=0.0001$) and all its subscales including availability of nutrition ($p=0.0001$), social pressures ($p=0.0001$), physical discomfort ($p=0.006$), negative emotions ($p=0.002$) and positive entertaining activities ($p=0.0001$).

Conclusion: Including motivational interview in usual weight controlling programs can increase weight self-efficacy lifestyle as a predicting index of losing weight.

Keywords: Motivational Interviewing, Self-Efficacy, Life Style, Overweight, Obesity

چکیده

مقدمه: این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن در مردان انجام شد.

روش: پژوهش حاضر مطالعه‌ای تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است که در زمان‌های مختلف روی ۴۰ نفر با مشکل اضافه وزن و چاقی (نمایه توده بدنی بیش از ۲۵) در شرکت پلی‌اکریل شهر اصفهان در سال ۱۳۸۷-۸۸ اجرا شد. افراد از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) قرار گرفتند. مداخله شامل پنج جلسه مصاحبه انگیزشی گروهی، به‌همراه برنامه کنترل وزن به گروه آزمایش ارائه شد. داده‌های به‌دست‌آمده از طریق پرسش‌نامه کارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز کوواریانس و T وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نمره گروه دریافت‌کننده مصاحبه انگیزشی نسبت به گروه کنترل، در مقیاس خودکارآمدی کلی سبک زندگی مربوط به وزن ($p=0/0001$) و همه خرده‌مقیاس‌های آن شامل دسترسی به مواد غذایی ($p=0/0001$)، فشارهای اجتماعی ($p=0/0001$)، ناراحتی جسمانی ($p=0/006$)، هیجانات منفی ($p=0/002$) و فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده ($p=0/0001$)، به‌طور معنی‌داری بیشتر بود.

نتیجه‌گیری: افزودن مصاحبه انگیزشی به برنامه‌های کنترل وزن معمول می‌تواند خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن را به‌عنوان شاخص پیش‌بینی‌کننده کاهش وزن، افزایش دهد.

کلیدواژه‌ها: مصاحبه انگیزشی، خودکارآمدی، سبک زندگی، اضافه وزن، چاقی

[✉] **Corresponding Author:** Department of Nursing, Faculty of Nursing & Midwifery, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran
Email: alinavidian@gmail.com

[✉] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران
^۱ گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
^۲ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

مشاوره انگیزشی، روشی مراجع محور است که رهنمودی برای تقویت و افزایش انگیزه درونی بوده و به منظور تغییر، از طریق کشف، شناسایی و حل تردیدها و دوسوگرایی استفاده می‌شود. مدل مفهومی مصاحبه انگیزشی، بر پایه مفاهیمی از فرآیند تغییر پروچسکا و دیکلمنته، دوسوگرایی و تردید، باورهای بهداشتی نظریه حفاظتی راجرز، موازنه تصمیم‌گیری جانیس و مان، نظریه واکنشی عمل‌کردن برم، نظریه ادارک خویشتن بیم، نظریه خود سامان‌دهی کانفر و نظریه ارزش‌های راکیج شکل گرفته است [۱].

استفاده از مصاحبه انگیزشی در دنیا به سرعت پیشرفت می‌کند، به طوری که طی سه سال، تعداد انتشارات در این زمینه تقریباً دو برابر شده است. این رویکرد به سرعت از مسأله اعتیاد، به حوزه سیستم‌های سلامت، ارتقاء بهداشت و اختلال‌های روان‌شناختی و اخیراً به حیطه‌های اصلاح و تربیت هم سرایت کرده است [۲]. در سال‌های اخیر بود که مصاحبه انگیزشی به محدوده بیماری‌های مزمن راه یافت. اغلب بیماران مزمن، نیازمند تغییرات رفتاری و سبک زندگی در حد بسیار وسیعی هستند تا بتوانند سلامتی خود را حفظ کنند. ولی متأسفانه الگوهای عملی معدودی وجود دارد تا به مراجعان و افراد حرفه‌ای، در ایجاد محیطی مناسب برای تغییر کمک نماید [۳].

افزایش و تقویت میزان پاسخ‌دهی به درمان‌های موثر فعلی، به‌عنوان اولویت مهم تحقیق بالینی مطرح است. امروزه این مطلب روشن است، وقتی برای میزان پاسخ بالینی، از معیاری دقیق استفاده شود، تعداد قابل توجهی از افراد به درمان‌های معمول، از جمله درمان شناختی- رفتاری یا تغییر سبک زندگی پاسخ درمانی خوبی نمی‌دهند [۴]. برای مثال، در مطالعه فراتحلیل درمان‌های افسردگی و اختلال‌های اضطرابی که توسط وستن و موریسون انجام شد، مشخص شد که ۳۷ تا ۴۸٪ نمونه‌هایی که درمان را کامل کرده بودند و ۴۶ تا ۵۶٪ آنهایی که قصد درمان داشتند، در بررسی‌های پس از مداخله، بهبودی نشان ندادند [۵]؛ یا فقط ۳۰٪ بیماران مبتلا به پرفشاری خون، بیماری آنان تحت کنترل است [۶]. در تحقیقی دیگر، ۵۰٪ افرادی که برنامه ورزش را به تازگی آغاز کردند، طی سه تا شش ماه آن را رها نمودند، یا پس از گذشت ۶ ماه میزان پایبندی به راهبردهای کاهش وزن کمتر از ۵۰٪ گزارش شد [۷] و فقط ۲۵٪ مراجعان، به کاهش وزن در ۱۸ ماه پس از مداخله دست یافتند [۸].

به دلیل میزان ترک زود هنگام درمان، عدم پایبندی به مصرف داروها و رژیم‌های درمانی، فقدان مشارکت مراجعان، عدم آمادگی آنان برای تغییر، برگشت مجدد مشکل یا اختلال، عدم حضور مرتب در جلسات درمانی، انگیزه و تعهد پایین برای استمرار تغییر، سطح بالای دوسوگرایی، مقاومت، ترس و نگرانی از تکنیک‌های

درمانی و عدم انجام تکالیف درمانی، انتظار موفقیت در برنامه‌های درمانی بسیار پایین است [۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴]. از طرفی، میزان موفقیت روش‌های آموزش سنتی در خصوص موضوعات فوق، چندان بالا نیست [۱۵]. لذا به استناد تحقیقات انجام شده در جهان، استفاده از مصاحبه انگیزشی گزینه مناسبی خواهد بود. از دلایل جذابیت مصاحبه انگیزشی و تمایل بیشتر نسبت به آن، در مقایسه با روش‌های سنتی و معمول این است که نخست، مشکل مهم و معمول در همه درمان‌ها، یعنی مقاومت در برابر تغییر را به طور مستقیم مطرح و آن را برطرف می‌کند؛ دوم، روشی انعطاف‌پذیر است و می‌تواند به‌عنوان رویکردی "مستقل" در ترکیب و به همراه سایر درمان‌ها مورد استفاده قرار گیرد؛ سوم، حجم قابل توجهی از شواهد تحقیقی وجود دارد که از کارآمدی و تاثیر مصاحبه انگیزشی در سوء استفاده از مواد و مشکلات مربوط به بهداشت و سلامت جسمانی و روانی حمایت می‌کند؛ چهارم، تحقیق اثبات کرده است مصاحبه انگیزشی قابل یادگیری است و طی جلسات نسبتاً کمی به اثرات درمانی قابل توجهی می‌توان دست یافت [۹].

علی‌رغم جذابیت و رشد بسیار سریع کاربرد مصاحبه انگیزشی در جهان و سرایت آن به حوزه‌های مختلف سلامت، در ایران تحقیقات کمی در این حوزه انجام شده است. نظر به نو بودن کاربرد مصاحبه انگیزشی در ایران و با توجه به شیوع اضافه وزن و چاقی، به‌عنوان مشکل مزمن، ناتوان‌کننده و وابسته به سبک زندگی [۱۶]، هدف از انجام این پژوهش، بررسی تاثیر افزودن مصاحبه انگیزشی به برنامه کاهش وزن، به منظور ارتقا سطح خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن بود.

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای تجربی است و از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه در زمان‌های مختلف پیروی می‌کند. کلیه کارکنان شرکت پلی‌اکریل اصفهان که با استناد به اطلاعات بهداشتی موجود در پرونده‌های آنان که در شش ماه دوم سال به روز شده بود، از نظر نمایه توده بدنی در طبقه افراد با مشکل اضافه وزن یا چاقی قرار داشتند جامعه آماری مطالعه بودند. ویژگی‌های لازم برای شرکت در این مطالعه مرد بودن، داشتن نمایه توده بدنی بین ۲۵ تا ۳۵، نداشتن سابقه شرکت در برنامه‌های کاهش وزن و درمان چاقی، نداشتن بیماری‌های زمینه‌ای منجر به چاقی و دارا بودن حداقل سواد نوشتن و خواندن به منظور تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. افراد دارای نمایه توده بدنی بالای ۳۵، دارای مشکلات محدودکننده قلبی- عروقی یا حرکتی و مبتلا به پرفشاری خون و اختلالات روان‌شناختی به مطالعه وارد نشدند. شرایط خروج شرکت‌کنندگان داوطلب غیبت بیش از یک جلسه در برنامه درمانی بود.

۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۹۱، ۰/۹۰ و ۰/۹۱ تعیین شده است [۱۹]. متغیر مستقل اصلی پژوهش، مشاوره انگیزشی بود. ساختار جلسات مصاحبه انگیزشی از کتاب کار مداخله گروهی مصاحبه انگیزشی با ساختار پنج‌جلسه‌ای [۱] استخراج و با تجربه بالینی چندساله پژوهشگر به صورت گروه‌های کوچک ۱۰ نفره مورد استفاده قرار گرفت. ساختار و محتوای هر جلسه در جدول ۱ آمده است. در رابطه با کاربرد گروهی مصاحبه انگیزشی، می‌لر و رونیک معتقدند که چون بسیاری از راهبردهای مداخله‌ای موثر در مراکز بهداشتی-درمانی در قالب گروهی بهتر ارایه می‌شود، اجرای مصاحبه انگیزشی به شکل گروهی توجیه بالینی بهتری دارد [۱۱]. از همین رو برای استفاده از فنون آن در موقعیت‌های بالینی، کتابچه‌های راهنمای گروهی تدوین شده است [۲۰].

جدول ۱) ساختار و محتوای جلسات مصاحبه انگیزشی	
جلسه	محتوی
اول	آشنایی: معارفه، هنجارها و فرآیند گروه، فلسفه تسهیلگر، تمرین آزادی، تمرین ابعاد تأثیر رفتار، تمرین چرخه تغییر ارزیابی تعهد و اطمینان
دوم	احساسات: تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تأثیر با ابعاد احساسی و تکلیف خانگی
سوم	ابعاد مثبت و منفی رفتار و تغییر: تمرین بارش ذهنی سود و زیان‌های کوتاه و بلندمدت، تمرین تکمیل جدول ابعاد مثبت و منفی، توصیف و تمرین گزینه‌های اصلاحی و جایگزین
چهارم	ارزش‌ها: تعریف ارزش‌ها، انجام تمرین شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌های درجه یک، تمرین تعریف ارزش‌ها و تمرین تطابق ارزش و رفتار
پنجم	چشم‌انداز و سنجش پایانی: خلاصه و جمع‌بندی تمرین‌های جلسات قبلی در قالب تمرین چشم‌انداز و آمادگی شروع برنامه تغییر رفتار

در آغاز اولین جلسه برنامه کاهش وزن در هر یک از گروه‌ها، پرسش‌نامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن برای تکمیل تحویل نمونه‌ها شد. مداخله گروه آزمایش در قالب سه جلسه آموزش تغذیه دوساعته، به‌علاوه پنج جلسه مشاوره انگیزشی، مجموعاً هشت جلسه دوساعته و طی چهار هفته ارایه شد. ابتدا جلسات مصاحبه انگیزشی گروهی و در ادامه جلسات آموزش تغذیه تشکیل شد. گروه کنترل در این پژوهش فقط مداخله آموزش تغذیه معمول را دریافت کردند. به‌منظور کنترل نسبی تأثیر جلسات در دو گروه، آموزش تغذیه در گروه کنترل به صورت شش جلسه یک‌ساعته و طی سه هفته توسط کارشناس ارشد تغذیه برگزار شد. در مرحله دوم، ۱۲ هفته پس از اتمام مداخله مجدداً پرسش‌نامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. در مرحله سوم، سنجش نوبت سوم به همین شکل در پایان هفته ۲۴م انجام شد. از آنجا که کلاس‌ها در ساعت اداری و در محل شرکت تشکیل

پس از اخذ مجوزهای اداری و پس از هماهنگی با مدیریت نیروی انسانی و مرکز آموزش شرکت پلی‌اکریل اصفهان، با مراجعه به مرکز طب پزشکی کار و با حضور پزشک مرکز، لیست ۲۳۸ نفره‌ای از کارکنان دارای شرایط مورد نظر از اطلاعات موجود در بانک اطلاعاتی تهیه شد. از طریق نمونه‌گیری تصادفی از هر شش نفر، یک نفر انتخاب و لیست ۴۰ نفره نمونه اصلی این گروه استخراج شد. سپس، از طریق تماس تلفنی با افراد منتخب، از تمایل آنان برای شرکت در برنامه کاهش وزن اطمینان حاصل شد و در صورتی که فرد منتخب شرکت در برنامه، به دلایل شخصی، در آستانه بازنشستگی یا به ندرت خالی شدن قسمت مربوطه مایل به مشارکت نبود، براساس لیست، نفر بعدی انتخاب شد. در مرحله بعد، ۴۰ نفر انتخاب‌شده، به‌صورت گمارش تصادفی به گروه آزمایش و گواه هر یک با ۲۰ نفر، تقسیم شدند.

به‌منظور تعیین میزان خودکارآمدی از پرسش‌نامه خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن استفاده شد. این پرسش‌نامه که توسط کلارک طراحی و ساخته شده است، دارای ۲۰ گویه در خصوص خودکارآمدی رفتار خوردن است که در آن آزمودنی‌ها میزان اعتماد و اطمینان خود در کنترل و جلوگیری از رفتار خوردن را در موقعیت‌های مختلف و وسوسه‌برانگیز براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از عدم اعتماد و اطمینان معادل صفر تا بسیار مطمئن معادل ۴) بیان می‌کنند. همه گویه‌ها به‌طور مستقیم نمره‌گذاری می‌شوند و دامنه نمرات آن بین ۰ تا حداکثر ۸۰ متغیر است. این پرسش‌نامه ۲۰ گویه‌ای دارای پنج خرده‌مقیاس است که هر خرده‌مقیاس شامل چهار گویه است. خرده‌مقیاس‌ها در واقع موقعیت‌هایی را توصیف می‌کنند که احتمال وقوع رفتار خوردن افزایش می‌یابد و مقاومت کردن برای افراد با مشکل افزایش وزن و چاقی، سخت و دشوار می‌شود. این خرده‌مقیاس‌ها هیجان‌های منفی (مانند خوردن در هنگام غمگینی، اضطراب، شکست و ناکامی)، دسترسی به مواد غذایی و خوراکی‌ها (موقعیت‌هایی که مواد غذایی به آسانی در دسترس هستند مانند مسافرت، دیدن و در اختیار داشتن مواد غذایی چرب و شیرین)، فشارهای اجتماعی (تشویق و ترغیب دیگران برای خوردن مثلاً در مهمانی‌ها)، ناراحتی‌های جسمانی (مانند خوردن در مواقع درد، بیماری و خستگی) و فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده (نظیر خوردن در هنگام مطالعه، تماشای تلویزیون و شادی) هستند [۱۷، ۱۸]. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی، روایی همگرا و واگرا، اعتبار بیرونی، بازآزمایی و همسانی درونی مورد تأیید قرار گرفته است. به‌طوری‌که مقادیر ضرایب همبستگی درونی برای فشار اجتماعی، دسترسی به غذا، هیجان مثبت، هیجان منفی، ناراحتی جسمی و کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۷۳، ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۶۰ و ۰/۸۸ و ضریب همبستگی به روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۵۷،

میانگین سنی $33/35 \pm 6/96$ و حداقل و حداکثر سن ۲۵ و ۴۷ سال بود. آزمون آماری T گروه‌های وابسته، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از نظر متغیر سن نشان نداد ($p=0/92$; $df=38$; $t=0/1$).

بین دو گروه از نظر متغیرهای وابسته مورد بررسی یعنی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و خرده‌مقیاس‌های پنج‌گانه آن قبل از اجرای مداخله، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲). تفاوت بین خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن ($t=5/03$; $df=38$; $p=0/001$)، در هنگام تجربه هیجانات منفی ($t=3/98$; $df=38$; $p=0/0001$)، در هنگام دسترسی به مواد غذایی ($t=4/82$; $df=38$; $p=0/0001$)، در هنگام مواجهه با فشارهای اجتماعی ($t=4/09$; $df=38$; $p=0/0001$)، در هنگام احساس ناراحتی جسمانی ($t=2/97$; $df=38$; $p=0/005$) و در هنگام انجام فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده ($t=4/98$; $df=38$; $p=0/004$) در مرحله پیگیری بین دو گروه معنی‌دار بود و افزایش خودکارآمدی ایجادشده تا مرحله پیگیری بین دو گروه در همه خرده‌مقیاس‌ها پایدار باقی ماند. تاثیر مصاحبه انگیزشی و آموزش تغذیه بر دو گروه در خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به خوردن و هر ۵ خرده‌مقیاس آن یکسان نبود و تفاوت معنی‌داری داشتند. به طوری که مصاحبه انگیزشی باعث افزایش خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و ۵ خرده‌مقیاس آن در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شد (جدول ۳).

جدول ۳ نتایج آزمون‌های تک‌متغیره آنکوا در مورد تاثیر مصاحبه انگیزشی گروهی بر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و خرده‌مقیاس‌های آن، در افراد با مشکل اضافه وزن و چاقی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجدور توان
خودکارآمدی	۱۲۰۵/۹۸	۱	۱۲۰۵/۹۸	۳۲/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷
دسترسی به غذا	۷۹/۳۵	۱	۷۹/۳۵	۲۵/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
هیجان منفی	۳۷/۷۷	۱	۳۷/۷۷	۱۱/۶۶	۰/۰۰۲	۰/۲۴
فعالیت مثبت	۴۷/۱۹	۱	۴۷/۱۹	۱۶/۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱
فشار اجتماعی	۷۰/۹۶	۱	۷۰/۹۶	۱۷/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱
ناراحتی بدنی	۲۴/۶۳	۱	۲۴/۶۳	۸/۳۷	۰/۰۰۶	۰/۱۸

به طور کلی، میانگین کاهش وزن در پس‌آزمون نسبت به وزن پایه $1/15 \pm 1/31$ کیلوگرم و در مرحله پیگیری نسبت به وزن پایه $1/38 \pm 1/30$ کیلوگرم بود.

بحث

مشاوره انگیزشی گروهی در مقایسه با گروه گواه، موجب افزایش بیشتر خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به رفتار خوردن، در افراد با مشکل اضافه وزن و چاقی شد. خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، در پنج موقعیت متفاوت است. از این رو در این

شد، افتی در تعداد شرکت‌کنندگان مشاهده نگردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 16 و شاخص‌های آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان استفاده شد. به منظور بررسی فرضیه پژوهش از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس، آزمون T وابسته و مجذور کای استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون‌های شاپیرو-ویلک ($Statistic=0/97$) و $Sig=0/46$ و $F=0/71$; $p=0/4$)، مبنی بر برقراری پیش‌فرض‌های مربوط به نرمال بودن تقریبی و همسانی واریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره وجود داشت. آزمون شاپیرو-ویلک یا کولموگروف-اسمیرنوف در مورد نرمال بودن نمرات در جامعه فقط در نمونه‌های کوچک کاربرد دارد. در نمونه‌های بزرگ‌تر این آزمون‌ها کوچکترین انحراف ستونی از منحنی نرمال را معنی‌دار نشان می‌دهند، لذا در نمونه‌های بزرگ فقط کافی است نمودار ستونی به طور فاحش اختلاف معنی‌داری با منحنی نرمال نداشته باشد [۲۱].

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه‌های آزمایش و کنترل به تفکیک سه نوبت سنجش در افراد با مشکل اضافه وزن و چاقی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
خودکارآمدی	کنترل	$42/20 \pm 9/97$	$44/60 \pm 8/68$	$44/80 \pm 7/57$
	آزمایش	$45/45 \pm 10/23$	$45/90 \pm 9/34$	$46/50 \pm 7/13$
	کل	$43/82 \pm 10/10$	$45/25 \pm 11/16$	$45/65 \pm 9/37$
دسترسی به مواد غذایی	کنترل	$7/35 \pm 2/51$	$7/65 \pm 2/30$	$7/45 \pm 2/18$
	آزمایش	$7/75 \pm 2/24$	$10/70 \pm 2/47$	$10/60 \pm 1/93$
	کل	$7/55 \pm 2/87$	$9/17 \pm 2/81$	$9/02 \pm 2/58$
فشارهای اجتماعی	کنترل	$8/50 \pm 2/66$	$7/90 \pm 2/57$	$8/65 \pm 1/92$
	آزمایش	$9/10 \pm 1/94$	$10/95 \pm 2/30$	$11/10 \pm 1/86$
	کل	$8/80 \pm 2/32$	$9/42 \pm 2/86$	$9/87 \pm 2/24$
ناراحتی جسمانی	کنترل	$9/55 \pm 1/93$	$10/75 \pm 2/09$	$10/30 \pm 1/65$
	آزمایش	$10/20 \pm 2/41$	$12/80 \pm 2/48$	$12 \pm 1/94$
	کل	$9/87 \pm 2/18$	$11/77 \pm 2/49$	$11/15 \pm 1/94$
هیجانات منفی	کنترل	$8/55 \pm 2/91$	$8/55 \pm 2/08$	$9/25 \pm 1/94$
	آزمایش	$9/35 \pm 2/85$	$11/95 \pm 2/62$	$11/75 \pm 2/02$
	کل	$8/95 \pm 2/87$	$10/75 \pm 2/63$	$10/50 \pm 2/33$
فعالیت‌های مثبت	کنترل	$8/25 \pm 2/02$	$8/75 \pm 2/12$	$9/15 \pm 1/89$
	آزمایش	$9/05 \pm 2/16$	$11/50 \pm 2/25$	$11/05 \pm 1/79$
	کل	$8/65 \pm 2/10$	$10/12 \pm 2/57$	$10/10 \pm 2/06$

یافته‌ها

بین دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت. میانگین سنی گروه گواه $33/65 \pm 1/31$ و حداقل و حداکثر سن ۲۶ و ۵۵ سال بود. در گروه آزمایش،

سبک زندگی مربوط به وزن انجام شد. برای نمونه، مطالعه دیوتون و همکاران نشان داد، در گروه دریافت‌کننده مداخله، افزایش معنی‌داری در نمره پرسش‌نامه در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون مشاهده شد [۲۷]. تحقیق باس و دونمیز در ترکیه نیز نشان داد، نمره بالای کارآمدی رفتار خوردن با کاهش وزن بالا رابطه‌ای معنی‌دار دارد. نمره پرسش‌نامه سبک زندگی مبتنی بر خودکارآمدی وزن، خرده‌مقیاس هیجانات منفی و خرده‌مقیاس فشارهای اجتماعی، به‌طور معنی‌داری با کاهش وزن بیشتر در پایان ۲۰ هفته، رابطه دارد [۲۸].

پژوهش حاضر نشان داد، مصاحبه انگیزشی می‌تواند نمره کلی خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن و همه خرده‌مقیاس‌های پنج‌گانه آن (تجربه هیجانات منفی، دسترسی به مواد غذایی، وجود فشارهای اجتماعی، احساس ناراحتی جسمانی و انجام فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده) را نسبت به گروه کنترل، به‌طور معنی‌دار و نسبتاً طولانی مدت افزایش دهد. بنابراین، استفاده از آن در برنامه‌های کاهش وزن می‌تواند، منجر به کاهش وزن بیشتر و موفقیت مداخله‌های درمانی شود؛ زیرا اصول اساسی مصاحبه انگیزشی، تقویت حس خودکارآمدی مراجع در همه تغییرات رفتاری است؛ بسیاری از تکنیک‌های مصاحبه انگیزشی گروهی به‌کار گرفته شده در این پژوهش، مانند ارزیابی تعهد-اطمینان، کنترل رفتار در موقعیت‌های وسوسه برانگیز، مشارکت در تصمیم‌گیری، حمایت از خودمختاری مراجع، برطرف کردن دوسوگرایی، بیرون‌کشیدن صحبت معطوف به تغییر، منحصر به این گزینه مربوط می‌شود. در این رابطه، سیمپسون و همکاران معتقدند، روح مصاحبه انگیزشی بیشترین تأکید را بر حمایت از خودکارآمدی، مشارکت و فراخوانی نقطه نظرات مراجع دارد [۲۹].

از این رو، این مطالعه توانست به‌طور معنی‌داری این شاخص پیش‌بینی کاهش وزن را بهبود بخشد. نتیجه مطالعه برودی و همکاران در خصوص تأثیر مصاحبه انگیزشی بر خودکارآمدی، نشان‌دهنده افزایش نمره کارآمدی و انگیزه بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی پس از گذشت پنج‌ماه از مداخله بود [۳۰].

حتی مطالعه یو و همکاران با هدف تشریح رابطه بین خودکارآمدی و رفتار تغذیه‌ای مصرف چربی نشان داد، خودکارآمدی به‌طور معنی‌داری با شاخص مصرف چربی رژیم غذایی رابطه دارد. آنان نتیجه گرفتند، آموزش دهندگان تغذیه نیز نیاز دارند تا به نقش خودکارآمدی به‌عنوان شاخصی مهم در رفتارهای تغذیه‌ای توجه کنند [۳۱].

دیماکرو و همکاران معتقدند، مصاحبه انگیزشی ضمن افزایش میزان حمایت‌ارایه شده، ترک برنامه‌های درمانی را کاهش داده و پای‌بندی به راهبردهای رفتاری را از طریق تقویت حس خودکارآمدی و کنترل رفتار خوردن، در موقعیت‌های وسوسه برانگیز افزایش می‌دهد [۳۲].

فرضیه، به اجزای تشکیل دهنده آن نیز اشاره می‌شود. تأثیر مصاحبه انگیزشی در ارتقاء خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، از مداخله معمول آموزش تغذیه بیشتر بوده و تأثیر نسبتاً طولانی مدت‌تری دارد.

در خصوص زیر مجموعه‌های خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، مصاحبه انگیزشی گروهی در مقایسه با رویکرد معمول آموزش تغذیه در تقویت و افزایش حس خودکارآمدی، در موقعیت‌های تجربه هیجانات منفی، دسترسی به مواد غذایی، وجود فشارهای اجتماعی، احساس ناراحتی جسمانی و انجام فعالیت‌های مثبت و سرگرم‌کننده تأثیر بیشتری دارد و در همه موارد فوق تغییرات باثبات و نسبتاً طولانی مدتی را ایجاد می‌کند. همه این یافته‌ها تأییدکننده این فرضیه است که مصاحبه انگیزشی، در افزایش احساس خودکارآمدی رفتار خوردن، به‌عنوان شاخص پیش‌بینی‌کننده موفقیت برنامه‌های کاهش وزن، از آموزش‌های معمول، اثربخش‌تر است. مطالعه برمن و همکاران نشان داد، اطمینان کم به کنترل رفتار خوردن، به‌ویژه در هنگام تجربه هیجانات منفی، با علایم اختلال خوردن رابطه دارد.

براساس نظر افراد با مشکل چاقی و اضافه وزن، از دلایل عدم تأثیر برنامه‌های کاهش وزن معمول، موانع تغییر به‌ویژه موانع روان‌شناختی (استرس، افسردگی، هیجانات منفی، بی‌انگیزگی و عدم حفظ آن برای کاهش وزن و فرار از تعهد) و محیطی (دسترسی و خرید مواد غذایی، موقعیت‌های اجتماعی) است که همه از احساس خودکارآمدی پایین در افراد چاق متقاضی کاهش وزن حکایت می‌کند [۲۲، ۲۳، ۲۴]. از این رو، تقویت احساس خودکارآمدی در برخورد با موقعیت‌های فوق می‌تواند به اثربخشی بیشتر برنامه‌های کاهش وزن کمک کند. در همین رابطه، نتیجه مطالعه مارتین و همکاران نشان داد، افزایش خودکارآمدی حین درمان (نه خودکارآمدی قبل از شروع مداخله)، با کاهش وزن بیشتر رابطه دارد؛ در نتیجه خودکارآمدی، متغیری مهم و قابل توجه در اجرای مداخله‌های کاهش وزن است و درمان‌هایی که سعی در ارتقاء خودکارآمدی دارند، نتایج درمانی مفیدی را می‌توانند پیش‌بینی کنند [۲۵]. حتی یافته‌های وامستیکر و همکاران نشان داد، سنجش خودکارآمدی پیش از مداخله کاهش وزن، می‌تواند تعیین کند کدام یک از شرکت‌کنندگان ممکن است بیشتر در معرض خطر کاهش نسبتاً کمتر وزن در پاسخ به مداخله رژیم غذایی باشد. زیرا کاهش وزن، کمتر با خودکارآمدی پایین و باورهای مبنی بر این‌که چاقی و اضافه وزن تحت کنترل رفتار نیست و به سایر عوامل جسمانی وابسته است، مربوط می‌شود [۲۶]. بنابراین، امروزه تأکید بر برنامه‌هایی است که بتواند خودکارآمدی افراد را برای غلبه بر موانع کاهش وزن، افزایش دهد.

مطالعات کاهش وزن متعددی با هدف افزایش خودکارآمدی

14- Slagle DM, Gray MJ. The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Prof Psychol Res Pr*. 2007;38(4):329-37.

15- Galani C, Schneider H. Prevention and treatment of obesity with lifestyle interventions: Review and meta-analysis. *Int J Public Health*. 2007;52:348-59.

16- Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: Behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovas Nurs*. 2006;5:102-14.

17- Clark MM, Abrams DB, Niaura RS, Eaton CA, Rossi JS. Self-efficacy in weight management. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(5):739-44.

18- Clark MM, King TK. Eating self-efficacy and weight cycling: A prospective clinical study. *Eat Behav*. 2000;1:47-52.

19- Navidiyan A, Abedi MR, Bagheban I, Fatehizade M, Porsharifi H. Reliability and validity of questionnaire-based lifestyle weight efficacy. *Baghiyatallah Behav Sci J*. 2009;3:217-22. [Persian]

20- Perry CK, Rosenfeld AG, Bennett JA, Potempa K. Promoting walking in rural women through motivational interviewing and group support. *J Cardiovasc Nurs*. 2007;22(3):304-12.

21- Molavi H. A practical guide SPSS10-13-14 in the behavioral sciences: Descriptive and inferential analysis of data on research projects, statistics and psychometric. Esfahan: Andishe Publication; 2007. [Persian]

22- Elfhag K, Morey LC. Personality traits and eating behavior in the obese: Poor self-control in emotional and external eating but personality assets in restrained eating. *Eat Behav*. 2008;9:285-93.

23- Jones N, Furlanetto DC, Jackson JA, Kinnt S. An investigation of obese adults views of the outcomes of dietary treatment. *J Nutr Diet*. 2007;20:486-94.

24- Burke LE, Steenkiste A, Styn MA. A descriptive study of experiences with weight loss treatment. *J Am Diet Assoc*. 2008;108:640-7.

25- Martin PD, Dutton GR, Brantley PJ. Self-efficacy as a predictor of weight change in African-American women. *Obes Res*. 2004;12:646-51.

26- Wamsteker EW, Geenen R, Lestra R, Larsen JK, Zelissen PM, Staveren W. Obesity related beliefs predict weight loss after an 8-week low calorie diet. *J Am Diet Assoc*. 2005;105:441-4.

27- Dutton GR, Martin PD, Rhode PC, Brantley PJ. Use of the weight lifestyle questionnaire with African-American: Validation and extension of previous findings. *Eat Behav*. 2004;5:375-84.

28- Bas M, Donmez S. Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*. 2009;52:209-16.

29- Simpson HB, Zuckoff A, Page JR, Franklin ME, Foa EB. Adding motivational interviewing to exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: An open pilot trial. *Cogn Behav Ther*. 2008;37(1):38-49.

30- Brodie DA, Inoue A, Shaw DG. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: A randomized controlled trial. *Int J Nurs*. 2008;45:489-500.

31- Liou D. Influence of Self efficacy on fat-related dietary behavior in Chinese-Americans. *Int J Electron Healthc*. 2004;7:27-37.

32- Di Marco ID, Klein DA, Clark VL, Wilson GT. The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eat Behav*. 2009;3(8):1-3.

نتیجه گیری

افزایش معنی‌دار میانگین نمرات خودکارآمدی سبک زندگی مربوط به وزن، حکایت از اثربخشی این شیوه انگیزشی دارد. بنابراین کارآمدی درمان‌های کاهش وزن رفتاری معمول را می‌توان با گنجاندن راهبردهای مصاحبه انگیزشی بهبود بخشید.

تشکر و قدردانی: از مدیریت نیروی انسانی و مرکز آموزش شرکت پلی‌اکریل اصفهان و کلیه داوطلبانی که در این مطالعه شرکت کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- Fields A. Resolving patient ambivalence: A five motivational interviewing intervention. Portland: Hollifield Associates; 2006.
- Cox WM, Klinger E. Handbook of motivational counseling, concepts, approaches and assessment. England: John Wiley and Sons; 2004.
- Ossman SS. Motivational interviewing: A process to encourage behavioral change. *Nephrol Nurs J*. 2004;31(3):31-3.
- Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior. New York: Guilford Press; 2008.
- Westen D, Morrisson K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Con Clin Psychol*. 2001;69:875-99.
- Dusek A, Hibberd PL, Buczynski BY, Chang B, Dusek KC, Johnston JM, et al. Stress management versus lifestyle modification on systolic hypertension and medication elimination: A randomized trial. *J Altern Complement Med*. 2007;14(2):129-38.
- Ashel MH, Kang M. Effectiveness of motivational interviewing on changes in fitness, blood lipids and exercise adherence of police officers: An outcome-based action study. *J Correct Health Care*. 2008;14(1):48-62.
- Elmer PJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Simons-Morton D, Stevens VJ, Young DR, et al. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness and blood pressure control: 18 month results of a randomized trial. *Ann Int Med*. 2006;144(7):485-96.
- Arkowitz H, Westra HN, Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems. New York: Guilford Press; 2008.
- Turner SL, Thomas AM, Wagner PJ, Moseley GC. A collaborative approach to wellness: Diet, exercise and education to impact behavior change. *J Am Aca Nurs Pract*. 2008;20:339-44.
- Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford; 2002.
- Jones N, Furlanetto LC, Jackson JA, Kinnt S. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *J Nutr Diet*. 2007;20:486-94.
- Vogel PA, Hansen B, Stiles TC, Gotestam KG. Treatment motivation, treatment expectancy and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *J Behav Ther Exp Psychiatr*. 2006;37:247-55.